Advocate Health Care | Aurora Health Care

Now part of ADVOCATEHEALTH

Spanish

Patient Label Box

Acuerdo de responsabilidad económica

(no usar con la Parte A o B de Medicare)

Fecha del aviso *(Notice Date)*: _____

Servicios *(Services)*: _____

_____

_____

Entiendo que es posible que mi plan médico no cubra (pague) los servicios que no son de emergencia identificados arriba, debido a uno o más de los motivos mencionados abajo:

- Advocate Aurora Health, Inc. ("AAH") está fuera de la red de mi plan de seguro, no participa en el plan o no es parte de la elección de la red que me paga los beneficios más altos. Pueden pagarme los servicios con una tarifa reducida, pueden denegarlos como no cubiertos o puede ser que deba presentar un reclamo a mi plan. Usar AAH para mis servicios significa que deberé hacerme cargo de una mayor parte como paciente y es posible que deba los cargos en su totalidad.
- No se ha aprobado la autorización de mi seguro ni la remisión a la HMO.
- He excedido mi frecuencia permitida de servicios/visitas según la información que me dio mi proveedor de seguros.
- Mi plan médico determinó que no se cubrirán mis servicios planificados.
- Mi plan de seguro considera que los servicios médicamente necesarios son de investigación/experimentales/no probados y entiendo que no estarán cubiertos.
- Otro (especificar) *(other reason(s) why service(s) may not be covered)*: _____

Entiendo que si procedo con estos servicios, estoy aceptando plena responsabilidad financiera. Esta renuncia anula la declaración de responsabilidad del paciente en la explicación de beneficios de mi plan de seguro.

Fecha *(Date)*	Hora *(Time)*	Firma del paciente/garante *(Patient/Guarantor signature)*

Interpreter Assistance: If an interpreter assisted, please complete the following: Language: _____

Date: _____ Time: _____ Interpreter Name: _____ ID #: _____

Es posible que los servicios no se programen hasta que AAH reciba este formulario firmado y se haya pagado la parte calculada del paciente. Se puede comunicar con nuestros defensores económicos a los teléfonos 800-326-2250 WI o 847-795-2300 IL.